

## **”I bunnen av øyeblikket binder jeg en knute”**

### **- et pasientperspektiv på avmakt i psykisk helsevern**

”Hva skaper opplevelse av avmakt hos den psykotiske pasienten som er underlagt tvungent psykisk helsevern – og hvilken betydning har sykepleier-pasient-relasjonen for at de to sammen kan motvirke pasientens avmaktopplevelse?”

**Diakonhjemmet høgskole**

**Oslo, 13. mars 2014**

**Kandidatnr: 1022**

**Antall ord: 10999**

## Sammendrag

**Tittel:** "I bunnen av øyeblikket binder jeg en knute" – et pasientperspektiv på avmakt i psykisk helsevern. **Bakgrunn:** Makt og tvang i psykisk helsevern er temaer som opptar det offentlige rom, som vekker etiske diskusjoner og fordrer vurderinger når dilemmaer mellom selvbestemmelse og hjelpeplikt oppstår. Avmaktopplevelsen pasienten sitter med er et viktig, men ofte mindre omtalt perspektiv i dette bildet. **Hensikt:** Å gå utenom et utenfra-perspektiv for å se nærmere på den menneskelige erfaringen av avmakt når makt og tvang kan synes som en nødvendighet i psykisk helsevern. **Metode:** Dokumentanalyse av romanen *En dåre fri* (2010), av Beate Grimsrud. **Funn:** Avmakt stammer fra lidelse og manglende kontroll både over seg selv og situasjonen sin, og kan ytterligere tilspisses under påført makt og tvang. Pasientens egne ressurser og sykepleierens evne til å se hele pasienten og møte henne med medmenneskelighet, anerkjennelse og forståelse, er viktige faktorer for å bekjempe avmaktopplevelsen. **Nøkkelord:** Avmakt, makt, etikk, autonomi, pasientperspektiv, relasjon, psykisk helsearbeid, psykiatrisk sykepleie.

## Innholdsfortegnelse

### "I bunnen av øyeblikket binder jeg en knute"

- et pasientperspektiv på avmakt i psykisk helsevern

<b>Sammendrag</b>	<b>2</b>
<b>1.0 Innledning</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling	4
1.2 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling	5
1.3 "Det er jeg som er Eli" – En dåre fri	7
1.3.1 Sammenfatning	7
1.3.2 Forskningsspørsmål i dokumentanalysen	8
1.4 Definisjon av begreper	9
1.4.1 Psykose	9
1.4.2 Tvungent psykisk helsevern	10
1.4.3 Autonomi	10
1.4.4 Svak paternalisme	11
1.4.5 Makt og avmakt	12
1.5 Oppgavens disposisjon	14
<b>2.0 Teori</b>	<b>15</b>
2.1 Kari Martinsens filosofiske omsorgsteori	15
2.1.1 Omsorg	15
2.1.2 Den etiske fordring	16
2.1.3 Tillit – en livsytring – og samtalen	16
2.1.4 Makt, etikk og ansvar	17
2.2 Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid	18
2.2.1 Brukermedvirkning	19
2.2.2 Myndiggjøring	19
2.2.3 Sykepleierens selvrefleksjon	20
<b>3.0 Metode</b>	<b>22</b>
3.1 Dokumentanalyse – en kvalitativ metode	22
3.2 Begrunnelse for valg av metode	23
3.3 Kilder og kildekritikk	24
<b>4.0 Funn i dokumentanalysen</b>	<b>27</b>
4.1 Når oppstår avmaktopplevelsen hos Eli, og hvordan ytrer den seg?	27
4.2. Hva er forholdet mellom Elis indre avmakt og ytre påført makt i form av tvang?	29
4.3 Hvilke beskyttelsesfaktorer har Eli overfor sin egen avmakt?	31
<b>5.0 Drøfting av funn og teori</b>	<b>34</b>
5.1 Avmakt i psykisk helsevern	34
5.2 Sykepleier og pasient - på vei mot mestring, bort fra avmakt	35
<b>6.0 Konklusjon</b>	<b>37</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>38</b>
Bøker	38
Internett	39

## 1.0 Innledning

I dette første kapittelet vil jeg presentere oppgaven i sin helhet, med bakgrunn for valg av tema og konkret problemstilling. De avgrensninger jeg har måttet foreta for oppgaven vil også presenteres og begrunnes, med en presisering av problemstillingens innhold. Viktige begreper vil jeg definere før jeg for ordens skyld gir en kort oversikt over oppgavedisposisjonen.

### 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

”Bakkekontakten glipper. Med tærne klamrer jeg meg så hardt jeg bare kan mot gulvet under meg. Det nytter ikke. Jeg er kraftløs og fyrrig som en løve på én og samme tid. Og det er nå jeg ikke lenger vet hvilken virkelighet som er den virkelige.” (Anonym venninne)

Det er min venninne som forteller meg dette. Hun forteller meg om den inngripende avmakten hun kjenner på når hun kjemper så hardt hun kan, men likevel må gi tapt for sykdommens krefter. Mens vi sitter og snakker sammen om hennes siste tvangsinnleggelse i kjølvannet av opplevelsen nevnt ovenfor, vekkes det i meg et klart ønske om å skrive en bacheloroppgave om psykisk helse som rommer nettopp denne typen pasientopplevelser, og som setter det i sammenheng med omsorgsfilosofi og sykepleiefaglig tenkning.

Menneskets indre sinn er en kilde til engasjement, forundring, fortvilelse og utvikling, og for meg er det også en kilde til faglig nysgjerrighet. Psykisk helse er noe som angår oss alle, som vi utfordres på i eget liv enten som personlig erfaring, som pårørende eller i en profesjonell sammenheng. Alle har en psykisk helse, ble det sagt i en TV-debatt om psykiatri og tvang på NRK den 30. Januar 2014. Dette er tema som opptar det offentlige rom i dag, som bringer med seg etiske, juridiske, politiske, samfunnsøkonomiske, faglige og mellommenneskelige aspekter. Grunnene mine for å velge temaet avmakt i psykisk helsevern er derfor svært mange. Ikke minst er det den dypt menneskelige og personlige erfaringen den enkelte psykisk lidende gjennomgår som motiverer meg til å fordype meg i temaet.

Selv har jeg erfaring i møte med psykisk helsevern som pårørende, og det siste halvåret som helsearbeider i praksisarbeid ved en psykiatrisk avdeling. Dette innebærer at min førforståelse av temaet avmakt i psykisk helsevern i størst grad har et utenfra-perspektiv – ettersom jeg selv aldri har opplevd det å være pasient selv. Mitt perspektiv kan vel vanskelig virkelig endres, men i mitt ønske og mål om å bli en god sykepleier, både faglig og menneskelig, kan jeg bestrebe å sette meg inn i pasientens situasjon.

Oppgavens tittel *I bunnen av øyeblikket binder jeg en knute*, er hentet fra romanen *En dåre fri* av Beate Grimrud. Setningen tilhører Eli, Grimruds mangfoldige, energiske, skjøre, ressurssterke og tidvis psykotiske hovedperson. Setningen er poetisk og billedlig, og viser så godt hvordan Eli forsøker å holde seg fast i tiden og i virkeligheten. Samtidig viser setningen en lekenhet og kreativ tenkning som ligger som en sterk ressurs i hovedpersonen. Hennes styrke og skjørhet - det dialektiske forholdet mellom motsetningene i henne - vil være området hvor jeg skal søke svar til oppgaven. Eli i *En dåre fri* skal få bruke sin stemme gjennom min dokumentanalyse av boka. Slik fungerer hun som et talerør for psykiatripasienter som kjenner på avmakt når sykdom rammer og behandling er påkrevd.

## 1.2 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstillingen jeg etter nøye vurdering har valgt for oppgaven er som følger:

*"Hva skaper opplevelse av avmakt hos den psykotiske pasienten som er underlagt tvungent psykisk helsevern – og hvilken betydning har sykepleier-pasient-relasjonen for at de to sammen kan motvirke pasientens avmaktopplevelse?"*

Innen psykisk helsearbeid og i sykepleiefaget generelt står vi ofte overfor etisk utfordrende situasjoner, og i møte med pasienter er det påkrevd av pleieren å være bevisst og respektfull overfor det at man holder noe av den andres liv i sin hånd (Martinsen 2005). Jeg vil hevde at en pasient i psykisk helsevern, kan sies å være trippelt sårbar, nemlig både overfor sin egen *lidelse*, overfor de *hjelperne* hun møter og overfor det *systemet* denne hjelpen skal ytes og mottas i (Slettebø 2013). Det å oppleve

avmakt er å være i en utsatt og sårbar posisjon, og det er en subjektiv opplevelse, en personlig og menneskelig erfaring. Jeg kommer nærmere inn på avmaktbegrepet nedenfor. Nettopp fordi avmakt er en opplevelse, følelse og erfaring, synes jeg det er interessant å se på fenomenet i pasientperspektiv. Det er hos pasienten avmakten utfolder seg og får sine uttrykk, men hvor har avmakten sin opprinnelse? Det er dette jeg gjennom dokumentanalyse av boka *En dåre fri*, ønsker å komme nærmere inn på i besvarelsen av første del i problemstillingen.

Den andre delen av problemstillingen – *”hvilken betydning har sykepleier-pasient-relasjonen for at de to sammen kan motvirke pasientens avmaktopplevelse?”* - vil delvis trekke på elementer fra den samme romanen, men også finne sine svar i omsorgsfilosofien til sykepleieteoretikeren Kari Martinsen og i aktuell tenkning og faglig forståelse innen psykisk helsearbeid. Det vil i hovedsak dreie seg om å skape *den gode relasjonen* mellom pasient og sykepleier, da den er en forutsetning for et fruktbart samarbeid mellom de to partene. Relasjonens betydning står sentralt hos både Martinsen og i psykiatrisk sykepleie.

Måten jeg har formulert andre del av problemstillingen på impliserer en pasientmedvirkning eller medbestemmelse, der pasienten er et handlende og aktivt subjekt som sammen med sykepleieren jobber med å overvinne erfaringen av avmakt i eget liv. Hun er ikke et passivt objekt som sykepleieren skal umyndiggjøre. Med pasientperspektivet som utgangspunkt for denne gjennomgangen av avmaktopplevelse i psykisk helsevern, er dette en viktig forutsetning og en tematikk som vil gå som en rød tråd gjennom oppgaven.

Å foreta avgrensninger for oppgavens bredde og omfang har vært nødvendig i et fagfelt som rommer mange hensyn, utfordringer og verdidiskusjoner. Jeg har derfor valgt bort å fordype meg i bruk av tvang *utover selve tvangsbehandlingen* – altså det å være underlagt tvungent psykisk helsevern. Selv om ulike tvangstiltak er et interessant tema å fordype seg i, vil jeg i denne sammenhengen kun ta for meg tvang som en generell innskrenkning av pasientens frihet og hvordan det skaper eller påvirker avmaktopplevelsen hos pasienten. Redegjørelse og diskusjon av ulike tvangsmidler og metoder vil derfor utelates.

I problemstillingen har jeg også ved å benevne pasienten som psykotisk, lagt føringer for hvilken pasientgruppe hun tilhører. Det er flere psykiske lidelser som er forbundet med psykoseproblematikk, og noen av de hyppigste årsakene nevnes; schizofrene lidelser og maniske episoder ved bipolare lidelser, eller utløsende faktorer som organisk hjerneskade eller rus. Eli i *En dåre fri* er plaget med tilbakevennende psykoser, og selv om Eli aldri selv sier det direkte, kommer det frem av kliniske notater fra hennes pasientjournal at hun har en kjent schizofren diagnose. I denne oppgaven er det ikke den ene psykiske lidelsen til forskjell fra andre lidelser som står sentralt, men den psykotiske tilstanden Eli går inn og ut av gjennom bokas forløp. Tilstanden farger hennes opplevelse av seg selv og omverdenen, og er i så måte svært viktig for pasientperspektivet hun representerer.

### 1.3 "Det er jeg som er Eli" – *En dåre fri*

Beate Grimrud har med *En dåre fri* (2010) skrevet en nær, innsiktsfull og, i mange trekk, selvbiografisk roman som skildrer den lille jenta Eli som etter hvert trer inn i de voksnes rekke. Språket til jeg-personen er direkte og ærlig, preget av tankeflom, underfundige aforismer og eksistensiell dybde.

#### 1.3.1 Sammenfatning

Etter en dag i klasserommet på barneskolen er Eli ikke lenger alene om å være i sitt hode. Mens Eli spiller prinsessen i eventyret om prinsessen som ingen kunne målbinde, flytter plutselig guttestemmen til Espen (Askeladd) inn. Emil (fra Lønneberget) og Erik kommer også snart til, og når Eli etter hvert blir eldre, flytter også Prins Eugen inn i hodet hennes. Barndommen er preget av Elis vaklende tilknytning til foreldrene, deres tidvis utilstrekkelige omsorgsevne, og Elis ønske om å være velfungerende som sine søsken. Hennes energiske, hyperaktive vesen, hennes dysleksivansker, kreativitet, og ikke minst store fortellerevne, er også tilstede. Men stemmene bråker og forstyrrer Elis tilværelse, de prøver å fortelle henne hvordan hun skal være og oppføre seg, hvem hun skal stole på og hva som er riktig. Romanen handler om hvordan Eli forsøker å håndtere

sin indre verden og hverdagslige tilværelse bestående av menneskelivets sedvanlige oppturer og nedturer.

Eli har mange hengivne venner rundt seg, som hun gjennomgående snakker om med stor kjærlighet. Hun har en fast terapeut som kommer på hjemmebesøk og flere behandlere ved psykiatrisk avdeling som hun over tid har gode og stabile relasjoner med. Eli trosser sin dysleksi og skriver og skriver, hun lager filmer og utfolder seg kreativt – for hennes vilje til å skape er stor. Bøkene hennes blir utgitt og kritikerrost. Hun vokser som forfatter, samtidig som hun kjemper mot sykdommen og lever med sine psykoser, både som tvangsinnlagt pasient, utagerende jente på folkehøgskole og angstfylt voksen dame hjemme i sin egen leilighet. Gjennom romanen åpner Grimsrud døren til en verden som er ukjent for de fleste; en tung og til tider maktesløs tilværelse, men også en fascinerende og gripende beretning.

De selvbiografiske trekkene i boka er tydelige. Eli har en ytre biografi som er identisk med Grimsruds. De er begge oppvokst i Norge, har gått på samme forfatterskole i Sverige, og bor i Stockholm. Eli debutterer med de samme titlene som Grimsrud, mottar de samme prisene, og lager de samme dokumentarfilmene. Mot slutten av romanen skriver Eli den boka leseren har øynene i; om stemmene i hodet, om barndommen og om frykten for at familien skal lese boka - og slik forstå at feriene de trodde hun var på, egentlig var lange innleggelser.

«Jeg vil ikke bli en offentlig pasient. Jeg trøster meg med at en roman er en roman og bare speiler deler av virkeligheten. Hvordan man tror det var, og hvordan man ønsker at det var. (...) En personlig fortelling. Som framstår som sannere og sannere for en, jo lenger det er siden den fant sted. Språket. Som flyr inn i pennen når man øver. Men likevel er dette å skrive en bok bare å la en bit av meg leve et liv jeg ikke kan kontrollere.» (Grimsrud 2010: 441).

### 1.3.2 Forskningsspørsmål i dokumentanalysen

Spørsmål jeg stiller til romanen er:

1. Når oppstår avmaktopplevelsen hos Eli, og hvordan ytrer den seg?
2. Hva er forholdet mellom Elis indre avmakt og ytre påført makt i form av tvang?
3. Hvilke beskyttelsesfaktorer har Eli overfor sin egen avmakt?



Funnene som senere blir presentert i oppgaven vil være svar på disse forskningsspørsmålene.

## 1.4 Definisjon av begreper

Mange begreper kan ha ulike definisjoner avhengig av teoretisk kontekst, fagsammenheng og personlige nyanseringer. I det følgende har jeg plukket ut de viktigste begrepene i oppgavens tematikk, for å tydeliggjøre de definisjonene jeg skal jobbe videre ut fra.

### 1.4.1 Psykose

Paul Brudal, tidligere klinisk psykologspesialist ved Gaustad og Blakstad sykehus, har skrevet en bok om schizofreni, psykoser og psykoseterapi. I boka definerer Brudal psykose utfyllende på denne måten:

”Psykosen er en tilstand der pasienten for kortere eller lengre tid har mistet evnen til å mestre sin situasjon både praktisk og i forhold til andre mennesker. Tilstanden vil være preget av at pasienten har en privat opplevelse av virkeligheten. Dette vil gjerne føre til forvirring, og noen grad av ytre og indre kaos. Ofte vil pasienten være sterkt preget av affekt. Den kan være av selvdestruktiv, depressiv eller aggressiv karakter. Det vil også ofte foreligge en omfattende trusselorientering, med mistenksomhet og paranoide holdninger i forhold til omgivelsene.”(Brudal 1989: 11)

Psykosen blir av Brudal forstått som et tilpasningsforsøk i en krisesituasjon, der de følelsesmessige og mellommenneskelige relasjonen står sentralt. Når utålelige affekter oppstår i pasienten, kan det være at hun igangsetter ubevisste psykiske fluktstrategier. Personer som opplever det man også kaller en virkelighetsbrist, altså en psykose, har gjerne et akutt behov for psykiatrisk behandling. Ikke sjelden ender de med å bli underlagt tvungent psykisk helsevern fordi de selv ikke har innsikt i sin sykdom eller behandlingsbehov på det gjeldende tidspunkt (ibid).

#### 1.4.2 Tvungent psykisk helsevern

Med tvungent psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4 (Syse 2007). Det er viktig å påpeke at Psykisk helsevernloven, som hjemler etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern, også er der for å sikre pasienters rettigheter. Loven skal påse at pasienter får den behandling de har krav på, at behandlingen er forsvarlig, at pasientenes interesser ivaretas, og at ulovlig tvangsutøvelse og overgrep forhindres.

#### 1.4.3 Autonomi

Individet har i dagens samfunn en grunnleggende rettighet nedfelt i menneskerettighetserklæringen av 1948, om selvbestemmelse eller autonomi. Det vil si at individet som utgangspunkt har rett til å foreta valg for seg selv, bestemme over eget liv og egen kropp. I helsejuridisk sammenheng kommer denne rettigheten til uttrykk i pasientrettighetsloven, kapittel 2, 3 og 4, om samtykke (ibid).

Autonomi er et sentralt begrep innen filosofi, men de presise betingelsene for begrepet er svært omstridt. Den dominerende tilnærmingen til autonomi er å forstå en autonom handling som en autentisk handling, altså at handlingen springer ut av ønsker, verdier, eller motivasjoner som aktøren selv identifiserer seg med. En annen tilnærming til autonomi fokuserer heller på aktørens kompetanse, det vil si aktørens rasjonalitet og generelle evne til å vurdere hva som er gode grunner for å handle (Sagdahl 2005-2007).

Autonomi er også et av de fire prinsipper i medisinsk etikk hvor utgangspunktet er forestillingen om menneskets rasjonalitet og den frie vilje. Autonomiprinsippet dreier seg om relasjonen mellom behandler og pasient, der det antas at pasienten etter å ha blitt fullt informert selv er i stand til å ta beslutninger uten innblanding fra andre. Lovgivningen om tvang er et av de få unntakene fra autonomiprinsippet (Lindhardt 2013). Innenfor psykisk helsevern oppstår det ikke helt sjelden et dilemma mellom

selvbestemmelse som verdi og pasientens samtykkekompetanse. Med hjemmel i psykisk helsevernloven kan derfor pasienter bli underlagt tvungent psykisk helsevern, som vist ovenfor.

Mens vår bruk av tvungent psykisk helsevern holder liv i en debatt om formynderi og paternalisme, kan på den annen side det etiske prinsippet om å respektere pasientens autonomi eller selvbestemmelse (fra de fire prinsippers etikk) også føre til utarting av omsorg, til unnlatelsessynder der *den andre* ikke vedkommer meg, hevder Kari Martinsen (2005). Derfor tar hun til orde for en svak paternalisme som jeg definerer nedenfor.

#### 1.4.4 Svak paternalisme

I en sykepleier-pasient-relasjon er det et uomtvistelig faktum at den ene part er omsorgsmottaker mens den andre er omsorgsgiver, noe som skaper et asymmetrisk utgangspunkt. Hvordan sykepleier skal yte sin omsorg, med sin faglige og praktiske kunnskap overfor pasienten, blir derfor et høyst etisk anliggende. Kari Martinsen inspireres i sin omsorgsfilosofi blant annet av filosofen Søren Kierkegaard som har skrevet om hjelperen at

”forholdet mellem Hjælperen og den der skal hjælpes maa være saadan – at man, naar det i Sandhed, skal lykkes En at føre et menneske til et bestemt sted, først og fremmest maa passe paa at finde Ham der hvor Han er og begynde der. Dette er Hemmeligheden i all Hjælpekunst.” (Skårderud mfl. 2010: 58)

Martinsen problematiserer omsorg ved å presentere en sentimental omsorg og en paternalistisk omsorg. Begge typer kaller hun er utarting av omsorg, der sensitiviteten for den andre er borte. Martinsen refererer til filosofen Knud Ejler Løgstrup, og sier at vi er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre. Med det mener Martinsen at sykepleierens oppgave og ønske er å gå inn i relasjoner for å gagne den enkelte pasient mest mulig, herunder hindre at han skader seg (2005). I de fire prinsippers etikk følger sykepleieren da velgjørenhetsprinsippet. Med svak paternalisme mener Martinsen at det er sykepleierens faglige skjønn som avgjør hvordan hun skal handle til beste for pasienten og om hun skal trekkes inn i beslutningsprosessen om sin egen pleie. En slik

svak paternalisme forutsetter at sykepleieren er villig til å sette seg inn i pasientens situasjon, at hun kan fantasere seg til hvordan det oppleves å være den andre og hvordan sykepleieren hadde ønsket at det ble handlet for henne (ibid).

Filosofen Martin Buber skrev tidlig på 1900-tallet om subjekt-subjekt-relasjoner vs. subjekt-objekt-relasjoner. Buber hevdet at mennesket blir et *Jeg* i møte med et *Du*, og at tingliggjøring i en subjekt-objekt-relasjon ikke bare frarøver objektet sin frihet og person, men også at subjektet i en slik relasjon er et løsrevet, atskilt individ utenfor nærværet og samhörigheten (Bøe og Thomassen 2007). En slik beskrivelse av mellommenneskelige relasjoner vekker gjenklang hos Martinsen. I sykepleier-pasient-relasjonen legger hun stor vekt på å bygge opp tillit, at sykepleieren skal bli tillit verdig gjennom å utvise en sensitivitet og interesse for den andres velbefinnende, at sykepleieren gjør skjønnsmessige vurderinger av situasjonen – en praksis som hindrer paternalistisk utøvelse (2005).

#### 1.4.5 Makt og avmakt

Jeg har allerede brukt begrepet *pasient* mange ganger. Når jeg her skal redegjøre for begrepene *makt* og *avmakt* kan det være hensiktsmessig også å definere den som opplever avmakten. Den etymologiske opprinnelsen til ordet *pasient* er latin, der *patientia* betyr evnen til å holde ut eller tåle, og *patio* betyr å lide, eller utstå. Pasient er altså en som utholder en lidelse (Lindstrøm 2003). Hva som skjer med et menneske når det blir pasient, når det blir lidende, er et tema som sykepleievitenskapen vier mye oppmerksomhet. At en avmaktopplevelse kan være nærliggende når man befinner seg i en pasientrolle, er ikke så vanskelig å forestille seg.

Makt er et komplisert begrep, og det finnes mange ulike måter makt har blitt og blir forstått på gjennom tidene og på tvers av diskurser. Men at makt er noe som oppstår, foreligger og utspiller seg *mellom mennesker* kan de fleste tenkere enes om. Makt er ofte forstått som muligheten til å virkeliggjøre sine målsettinger overfor andre, særlig når man møter motstand, uansett hvilke midler som brukes (Berg og Knudsen 2009).

Makt er ofte noe vi forholder oss ubevisst til. Jeg velger derfor å ta med filosofen Michel Foucaults forståelse av makt.

”Makten er desentralisert, den er dynamisk og overalt og løper gjennom absolutt alle forhold, den er et finmasket og uoppløselig nett av relasjoner, den innebærer uopphørlig kamp og konfrontasjon, men løper så å si sitt løp i hver lille tråd i våre sosiale relasjoner og er nedfelt i hver fiber av våre kroppar (...) den reelle makt er skjult og spredt.” (Foucault 1999: 19)

I en samhandlingsrelasjon, og i en hver relasjon mellom to mennesker, vil det alltid foreligge en maktfordeling mellom partene. I møte med psykisk helsevern er det den profesjonelle som sitter med kunnskap om sykdom, behandling og systemet. Pasienten er tema for samhandlingen, og kan som tema fort bli tingliggjort eller objektivert.

Makt og kunnskap henger sammen. Med det kan det siktes til at den kunnskapen de profesjonelle har om pasientens lidelse, behandling og det systemet der behandlingen skal foregå, setter dem i en maktposisjon overfor pasienten. Med kunnskapen følger også uttrykksformer. Kanskje benytter de profesjonelle medisinske, kliniske termer som skaper en avstand mellom dem og pasientens opplevelser og selvforståelse, og om enn i beste mening, kan det likevel ekskludere pasienten fra deltakelse i sin egen behandling. Kunnskap og språk er altså makt, og sammen fører disse to formene for makt til definisjonsmakt. Det kan oppstå møter der de profesjonelle, som ofte er flertall, definerer den ene pasientens problemer og behov, mens pasienten sitter tingliggjort og maktesløs tilbake (Slettebø 2013).

I individ- eller subjektsammenheng kan det også sies at makt og kunnskap henger sammen. For å forstå sammenhenger mellom makt og avmakt kan det være nyttig å se på Foucaults oppfatning av subjektet som en historisk størrelse, dannet og formet av bestemte forestillinger og diskurser. Subjektet er preget av brudd og motsetninger og kan konstrueres på ulike måter avhengig av kunnskapsform og -regime (Henriksen 2013). Ut fra den kunnskapen vi har til rådighet, avhengig av rom, tid og kontekst, med påfølgende institusjonelle og normative rammer, får vi mulighet til å skille mellom ulike mennesker og definere hvilken gruppe de tilhører. Her er jeg tilbake ved definisjonsmakt, men også et annet viktig punkt; En pasient som opplever å miste kontroll over sine tanker og følelser, sin lidelse og livssituasjon, kan oppleve avmakt ved

å ikke føle seg hjemme, eller oppleve seg som inkongruent i det kunnskapsregimet som skal definere en (ibid, Slettebø 2013).

### **1.5 Oppgavens disposisjon**

Når jeg i det videre inviterer leseren inn i oppgavens hoveddel, er det den sykepleie- og omsorgsteoretiske forankringen som først får sin introduksjon i kapittel 2. Deretter blir metode- og kildevalget for oppgaven presentert og grundig gjennomgått. I oppgavens 4. kapittel legger jeg frem de funn min dokumentanalyse har frembrakt, og i siste del av hoveddelen vil funnene drøftes opp mot de allerede presenterte teoretiske perspektivene. Avslutningsvis følger en konklusjon på oppgaven i kapittel 6.

## 2.0 Teori

I dette kapittelet skal jeg presentere temaer i Martinsens sykepleieteori eller omsorgsfilosofi som er sentrale for min problemstilling, deriblant hennes menneskesyn og tanker om nestekjærlighet og tillit som livsytringer. Relasjoner og avhengighet, makt og fantasi får også sin plass. I forlengelsen av dette skal jeg ta for meg relasjonsbygging innen psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleie

### 2.1 Kari Martinsens filosofiske omsorgsteori

For Martinsen er omsorg en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Hun ser omsorg som et ontologisk fenomen, og hennes videre tenkning rundt sykepleiefaget og sykepleierens handlinger og holdninger i møte med pasienten, er fundamentert i dette (Martinsen 1989). Hennes menneskesyn og virkelighetsforståelse går ut på at mennesker er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre, at vi er gjensidig avhengige og at våre relasjoner og livet i seg selv derfor er av moralsk størrelse. "Menneskets tilværelse er en "medtilværelse" med andre. Uten andre mennesker har min dagligverden ingen mening", skriver Martinsen i *Omsorg, sykepleie og medisin* (ibid: 69).

#### 2.1.1 Omsorg

Martinsens filosofiske sykepleieteori skiller seg fra andre sykepleieteorier ved at hun tar sterk avstand fra tradisjonen der resultatene for sykepleien skal være ytre målbar og hvor individets selvhjulpenhet står i sentrum. Omsorg er et mål i seg selv, der utgangspunktet må være å forstå pasientens historie, livssituasjon og lidelse for deretter å fremme pasientens livsmot. Dette gjør sykepleieren gjennom omsorgshandlinger begrunnet i faglig og moralsk vurdering, sanselig åpenhet og faglig skjønn, med ønske om pasientens beste (ibid). Martinsen motsetter seg også den positivistiske tradisjonen innen sykepleiekunnskap med det at hun er kritisk til forskningsbasert kunnskap, der hun selv mener at sanselig, erfaringsbasert kunnskap er viktigst for sykepleieutøvelsen. Omsorg læres gjennom praktisk øvelse, i situasjoner som viser allmennmenneskelige livsvilkår, men samtidig alltid har sine unike og kontekstuelle hensyn som må tas.

Omsorg er et begrep som innebærer tre dimensjoner; relasjon, moral og handling. Kort fortalt; omsorgens relasjonelle side er at den er et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker, basert på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Som moralsk begrep er omsorg knyttet til at mellommenneskelige forhold er preget av makt og avhengighet og at moral er viktig i forvaltningen av denne makten og avhengigheten mellom de to. Til slutt, som et praktisk begrep er omsorg kjennetegnet av handling i en situasjon, en situasjon hvor man gjennom å gjøre ting for og sammen med den andre, bygger opp erfaring og felles erfaringer, og slik tilegner seg en forståelse av den andre (ibid.).

### 2.1.2 Den etiske fordring

Martinsens fremgangsmåte i sin filosofiske teoriutbygging er at sykepleie alltid må baseres på et mål om å oppnå det beste for den andre. Hun henviser da til den etiske fordringen, den gylne regel om å ta vare på hverandre, om å gjøre mot andre som man vil at andre skal gjøre mot seg. Ved å bruke sin fantasi kan sykepleieren vende seg mot den andre, sette seg i den andres sted og se den andres eksistens, sårbarhet og ubetingete verdighet (Martinsen 2012).

"Vi har felles vilkår som sårbare mennesker. (...).Det er når jeg lar meg berøre av de inntrykk den andre gir meg, og samtidig makter å skape et tankerom til å områ meg, at fantasiens omsnuing er mulig. (...) Den gylne regel oppfordrer oss både til bruk av vår fantasi og til å forholde oss til situasjonen der noe skjer. I situasjonen er det makt, kunnskap og normer. Fordringen er ikke alene i den. Den enkelte må selv, med hva han måtte ha av innsikt, fantasi og forståelse, finne ut hva omsorgsansvaret går ut på." (Ibid: 50.)

### 2.1.3 Tillit – en livsytring – og samtalen

Et begrep Martinsen bringer videre fra Løgstrups tenkning, er livsytringer. Disse trer frem i menneskelige relasjoner. Livsytringene er grunnleggende verdier, fundamentale i menneskets liv, de skal ikke begrunnes og de er uunnværlighetsfenomener i det de er grunnleggende for at menneskelig samvær skal kunne bestå og utfolde seg. Til sammen utgjør livsytringene nestekjærighet – og en av dem er tillit (Martinsen 1993, 2005).



Sykepleieteoretikeren viser til Løgstrup når hun sier at det finnes en fundamental tillit mellom mennesker. Hun skriver videre at om ikke mennesker møtte hverandre i tillit i utgangspunktet, ville det menneskelige samværet bli forkrøplet (2005). Men mistillit finnes, og den oppstår når erfaringen av en brutt tillit er opplevd. Å vise tillit dreier seg om å utlevere seg, som igjen er nerven i all kommunikasjon. Det er også i denne sårbarheten ved å utlevere seg, ha tillit til sin neste, at det etiske liv får sitt grunnlag (Martinsen 1996). I samtale med pasienten står sykepleieren overfor to valg; enten å ta vare på den andre eller å bryte ned tillitsforholdet ved å ikke ta imot den andres utleverthet. Tillit kan brytes ned både gjennom svikt i individuelle og strukturelle forhold. Derfor må sykepleieren vise seg pasientens tillit verdig. Den forbeholdenhet mennesker har i møte med hverandre, må hun ha respekt for. Hun må videre være oppriktig interessert i den andre for at ikke mistillit skal vekkes (ibid).

Det forventes av den profesjonelle at hun opptrer menneskelig, faglig anstendig og kyndig i situasjonene med pasienten, ut fra holdninger, innstillinger, dannelse og selvbeherskelse. Sykepleieren er derfor utfordret på å forvalte den makt hun har til å make situasjonen, på en forsvarlig måte (Martinsen 2012). Hun er klar på at det ikke alltid er lett for sykepleieren å møte pasienten i situasjonen de er i. Frivillig og ufrivillig, bevisst og ubevisst, er vår kropp formet av normer og holdninger i et hvert møte med andre mennesker. I Martinsens omsorgsfilosofi vektlegges derfor sykepleierens vilje, evne og mot til å skape seg refleksjonsrom, delta i ettertankens samtaler med sine kollegaer, dra lærdom av erfaringer og være etisk tilstede (ibid). Selvrefleksjon er et tema jeg kommer litt nærmere inn på senere i kapitlet.

#### **2.1.4 Makt, etikk og ansvar**

”Den elementære avhengighet som tillitens selvutlevering stiller meg i, er en umiddelbar maktrelasjon.” (Martinsen 1996) Det etiske livs grunnlag, vår sårbarhet og avhengighet av hverandre, innebærer også at alle mennesker utøver makt over andre.

For sykepleieren som med sin kunnskap og profesjonsrolle besitter makt i relasjonen med pasienten, kan makten også utøves i solidaritet. Ved å ta til orde for pasienten, være pasientens advokat overfor sykehuset eller øvrige helsevesen, kan hun stå i fellesskap

med pasienten, ved å bruke av sine egne erfaringer og gi av seg selv i nestekjærlighet. En slik solidarisk makt krever omsorg, mot og undring (Martinsen 2012). Motet innebærer at sykepleieren må våge å ta ansvaret for den andre, våge å kjenne på sin egen sårbarhet for å kunne kjenne den andres. Undringen innebærer å stille seg åpen for "hva livet med medmenneskene og naturen kan gi oss av alt det vi ikke har makt over" (ibid). Kanskje er det nettopp slik at det er undringen som kan gi oss mot, spør Martinsen. Mot til å være i de kompliserte, konfliktfylte, men også givende situasjoner der vi kan verne om livets sårbarhet i helsevesenets ulike rom. Livsfilosofiske refleksjoner må innlemmes i våre møter med mennesker i vanskelige situasjoner og smertefulle liv (2005b).

"Makt er alltid et styrkeforhold i en relasjon, og den andres utleverthet gir meg makt gjennom den tone jeg setter på relasjonen. Makt kan være kontroll og kan begrense den andres rom og livsressurser. Den kan være krenkende. Den andres makt kan også oppleves befriende, rommet blir rommeligere. Den makt som er knyttet til de oppgaver som springer ut av det ansvar vi har fått for andres liv, er da brukt til å frisetle livsmuligheter og ikke til undertrykking. Kontroll kan også vise seg å være nødvendig som et steg på veien til å gjøre livsrommet rommeligere. (...) For å kunne leve i maktrelasjoner som er gode, er den maktfulles uttrykksform slik at den annens innesperring sprenges." (1996: 90)

Selv om Martinsen ikke skriver om makt, kontroll og relasjoner knyttet spesifikt opp mot psykisk helsearbeid, er det med bakgrunn i hennes omtale av makt og dessuten i definisjonsavsnittene mine fra forrige kapittel, naturlig å trekke tråden herfra og inn i møtet mellom sykepleier og pasient i psykisk helsevern. For er det et felt innen helse og omsorg der makten kan ha mange ansikter, er det vel nettopp der.

## **2.2 Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid**

I dag tenker mange fagkyndige innen feltet at dialogen og relasjonen er det fremste elementet i endringsarbeidet for den psykisk lidende, og at det er i de mellommenneskelige møtene de store mulighetene for endring ligger (Bøe og Thomassen 2009). Slik er det, som Martinsen og Løgstrup også mener, at etikken spiller en viktig rolle for psykisk helsearbeid. Nettopp fordi de etiske aspektene ved menneskemøtene er de mest virkningsfulle som endringsskapere.

Individet kan best forstås og hjelpes i et samhandlingsperspektiv. Dialogen eller samtalen gjør det mulig for oss å tre inn i hverandres liv (ibid, Vatne 2006). Mennesker med psykiske lidelser skal gjennom terapi få mulighet til å velge og skape sine liv på egne premisser, deres sosiale nettverk styrkes og deres personlige kompetanse, helse og levekår fremmes. For å oppnå dette, gjelder det å skape *den gode relasjonen*, sykepleierens viktigste behandlingsverktøy i psykisk helsearbeid (Vatne 2006).

### 2.2.1 Brukermedvirkning

Psykisk helsearbeid er et felt som er og har vært gjenstand for kritikk og offentlig debatt. Bruk av tvang, og pasientenes passive deltakelse i og begrensede innflytelse på sin egen behandling, har ført til pasientrettigheter og fokus på brukermedvirkning (ibid). Brukermedvirkning som en rettighet kan ses på som en forlengelse av menneskets selvbestemmelsesrett, integritet og ukrenkelighet nedfelt i menneskerettighetene. Brukermedvirkning er et demokratisk begrep, der mennesker som medlemmer eller brukerne av noe kan påvirke samfunnet, tjenestene og tilbudet både på individ -, tjeneste- og systemnivå (Bøe og Thomassen 2009).

Tradisjonelt har utenfra-perspektivet, fagkunnskapen og ekspertuttalelsene om den lidende vært førende for behandlingen den enkelte pasient mottar. Med brukermedvirkning som relativt ny søyle i psykiatri og psykisk helsearbeid, slipper en annen dimensjon kunnskap til i behandlingen og terapien, nemlig pasientens erfaringskunnskap, opplevelser og refleksjoner over egen livssituasjon. At pasientens kunnskapsbidrag anerkjennes i det endringsarbeidet som skal gjøres, åpner opp for en relasjon mellom hjelper og hjelpemottaker som er mindre asymmetrisk enn det tradisjonelt har vært. Det åpner opp for en relasjon mellom to subjekter - et *Jeg* og et *Du* (ibid, Skårderud mfl 2010).

### 2.2.2 Myndiggjøring

Vatne viser i sin bok til forskning som fremhever at relasjonen mellom hjelper og pasient bør være av langvarig karakter, at den er samarbeidende, fleksibel, tolerant og

støttende – ikke tvingende eller grensesettende (2006). Videre bør respekt, følsomhet, oppmerksomhet og praktisk hjelp til dagliglivets individuelle problemer være i hjelperens fokus.

En god relasjon har kvaliteter som gjør relasjonen til en ressurs for pasienten i bedringsprosessen (ibid). Bedringsprosessen er kjennetegnet av blant annet mestringsopplevelser, økt håp og deretter mer mestring hos pasienten. At hun tar tilbake kontrollen over sitt eget liv, finner nye strategier å nå sine mål med, opplever mening i sin livssituasjon og følelse av at hun håndterer den. Likeverd i relasjonen skaper en mulighet for hjelperen og pasienten å dele makten mellom seg og slik myndiggjøre pasienten. Myndiggjøring dreier seg om å oppleve mestring. Å bli anerkjent som likeverdig og betydningsfull i egen terapi og behandling, blir hevdet av Vatne å være en viktig ingrediens i utviklingen av myndiggjøring. I bedringsprosessen der pasienten blir myndiggjort, oppdages, stimuleres og utvikles pasientens evne til å ivareta egne behov. Hun blir øvet i å løse egne problemer og mobilisere ressursene i seg selv og omgivelsene sine for å komme til en opplevelse av kontroll i eget liv (ibid).

### 2.2.3 Sykepleierens selvrefleksjon

Ettersom relasjonen kan sies å være sykepleierens viktigste verktøy i møte med den psykisk lidende pasienten, innebærer det at sykepleieren bruker av seg selv, sin personlighet, forståelse og opplevelser. Relasjonen tar ikke bare form etter den unike pasienten som er part i relasjonen, men også av at *det er akkurat deg* som er sykepleieren. Av sykepleieren krever dette at hun er seg bevisst sin førforståelse, sine uunngåelige antakelser, sine opplevelser i relasjonen, sine følelser og tanker. For å kunne delta og dele i relasjonen må sykepleieren kunne veksle mellom å være tilstede i seg selv og å være tilstede hos den andre. Sykepleieren må reflektere over seg selv, altså kunne drive selvrefleksjon (Vatne 2006).

Selvrefleksjon er en forutsetning for å kunne utøve sin sykepleierfunksjon kreativt og empatisk, skriver Lindstrøm (2003: 39-43). Å kunne bruke følelsene sine aktivt og abstrakt i arbeidet med pasienten gjør henne bedre i stand til å oppleve den andres følelser og dele dem midlertidig. Kreativ og differensiert tankegang gjør det også mulig

for sykepleieren å møte pasientens tankestruktur (ibid.). Samtidig har selvrefleksjon en viktig rolle i det pasienten har en mulighet i sykepleier-pasient-relasjonen til å lære seg et godt relasjonsmønster, få oppbyggelige relasjonserfaringer som han kan dra nytte av i andre relasjoner i livet, ikke minst i sitt forhold til seg selv (Bøe og Thomassen 2007). Slik er sykepleieren en viktig rollemodell som med sin selvrefleksivitet forhåpentligvis evner å være tydelig, avgrenset, empatisk og omsorgsfull.

### 3.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Det skilles mellom to store tradisjoner innen metodelære, hvorav den ene er forklarende og godt egnet for naturvitenskapelig forskning, nemlig den *kvantitative* metoden, og den andre er forståelsessøkende, humanistisk og samfunnsfaglig fruktbar, nemlig den *kvalitative* metoden (Dalland 2007). I denne oppgaven er det en del av den kvalitative tradisjonen jeg benytter.

#### 3.1 Dokumentanalyse – en kvalitativ metode

Mennesket er mer enn et fysisk vesen som kan forklares og settes inn i en årsakssammenheng og en firedimensjonal verden. Foruten rom, tid, hastighet og materie, opplever mennesket en femte erfaringsdimensjon – en dimensjon man kan kalle betydnings- eller meningsdimensjonen (ibid). For å forske på denne dimensjonen bruker vi en hermeneutisk vitenskapelig tilnærming som kan ivareta forståelsen av hva en gruppe mennesker for eksempel finner verdifullt, moralsk riktig eller anser som et skjønnhetsideal.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkning er et forsøk på å gjøre klart, eller gi mening til det vi studerer, som overfladisk sett fremstår som uklart, kaotisk, uforståelig eller selvmotsigende. Hermeneutikken (...) forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskelig eksistens gjennom menneskenes handlinger, livsytringer og språk. (...) Det karakteristiske for meningsfulle fenomener er at de må fortolkes for å kunne forstås” (ibid.).

Dette innebærer at det som forstås alltid er farget av fortolkerens egen førforståelse, da det ikke finnes en fullstendig objektiv forståelse av et fenomen innen hermeneutikken. Med førforståelse menes det at man alltid har med seg en mening om et tema eller fenomen før man undersøker det nærmere (ibid). Min førforståelse kommer jeg tilbake til i neste underkapittel.

I denne oppgaven er det dokumentanalyse av *En dåre fri* som fører til de funn som i lys av valgte teori, drøftes for å gi svar på problemstillingen. I dokumentanalysen er det

romanteksten som brukes som data, og dataene som analyseres blir brukt retrospektivt. Med det menes det at materialet er produsert med et annet mål for øye enn forskning. Dataene som skal analyseres er innsamlet for å få frem viktige sammenhenger og relevant informasjon om det eller de fenomenene man ønsker å studere (Grønmo 2004). Underveis i dokumentanalysen vil det være en veksling mellom analyse og tolkning, der det analytiske består i å dele opp helheten i mindre deler, at jeg altså gjør bruk av ulike utdrag av romanen, og tolkningen går ut på å forklare eller finne betydningen av tekstinnholdet (Dalland 2007).

Eli i *En dåre fri* er mennesket jeg med hermeneutikkens briller skal forsøke å forstå eller trekke relevant mening ut av i oppgaven. Som et hvert menneske er Eli en enhet satt sammen av flere deler av opplevelser. Disse delene knyttes sammen av et felles innhold til en enhet, og utgjør en opplevelse eller en erfaring gjennom et livsløp. For å forstå hvordan hun opplever avmakt må jeg veksle fokus mellom delene hun består av og helheten hun utgjør, og tilbake igjen. Eli som helhet er samtidig en del av noe større, hun er en del av sine omgivelser, de relasjonene hun inngår i og samfunnet hun lever i. I tillegg er også jeg, som fortolker, med i en hermeneutisk spiral der helheten lever og utvikles ustanselig, hvor det veksles mellom deler, altså førforståelse, tekst, tolkning, forståelse, ny tolkning og ny forståelse. Det genuint menneskelige er at det meningsfulle eksisterer og er i konstant konstruksjon på én og samme tid, og dette viser seg også i den hermeneutiske fremgangsmetoden (ibid).

### 3.2 Begrunnelse for valg av metode

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke kvalitativ metode, nærmere bestemt dokumentanalyse, fordi jeg ønsker å forstå hvordan *pasientens opplevelse* av avmakt er. Jeg ønsker å holde et *innenfra-perspektiv* på pasientens situasjon, i motsetning til et biologisk-medisinsk *utenfra-perspektiv* med årsaksforklaring og sykdoms- og diagnosefokus. Et innenfra-perspektiv vil i stedet dreie seg om Elis subjektive erfaring av sin psykiske lidelse og livsbetingelser. Lidelse er mer enn bare en sykkelig tilstand som kan observeres; det er noe allment og menneskelig, samtidig som det innebærer

eksistensielle utfordringer og forsøk på å oppnå mestring (Skårderud mfl 2010). Som vist ovenfor er dette fenomener som egner seg godt for en hermeneutisk undersøkelse.

Ettersom jeg i denne sammenheng av forskningsetiske grunner, rammebetingelser og personvern hensyn ikke har mulighet til å benytte meg av faktiske pasienter i psykisk helsevern for å få tilgang til pasienterfaringer, er skjønnlitteratur med selvbiografiske elementer et godt alternativ for mitt valgte perspektiv.

Før jeg satt meg ned med romanen, med det formål å bruke den som pasienters talerør, hadde jeg en førforståelse av hvordan det kan oppleves å være pasient i psykisk helsevern. Gjennom min pårørenderolle overfor min venninne som jeg nevnte innledningsvis, og som sykepleierstudent ved psykiatrisk avdeling, har jeg observert hvordan pasienter jobber hardt for å holde verden sammen, hvordan virkelighetsbildet kan gi absurde sammenhenger mellom de indre opplevelsene og de ytre omgivelsene. Jeg har sett hvordan min venninne har vært helt utslitt etter en innleggelse, og hvordan hun kjemper for å komme seg til hektene, samle seg sammen igjen etter en sykdomsrunde. Min førforståelse er derfor at det fordrer stort mot, styrke og standhaftighet hos pasienten som kanskje er på sitt aller svakeste, for å bli frisk igjen. Min førforståelse er også at det er store motsetninger i spill hos pasienten i en slik fase, og at hennes sårbarhet ofte er til å ta og føle på. Med dette som bakteppe, leste jeg *En dåre fri* og speidet etter innsyn i Elis avmaktopplevelser. Samtidig er jeg meg bevisst underveis i arbeidet at min fortid alltid påvirker min tolkning av nåtidens opplevelser.

### 3.3 Kilder og kildekritikk

I arbeidet med oppgaven har jeg hovedsakelig benyttet primærkilder. Primærkilder er å regne som selvstendige førstehåndsberetninger. De ligger oss nærmest i rom og tid, og i litteraturen er primærkilder den opprinnelige publikasjonen (Grønmo 2004). Grimsrud har skrevet flere bøker, novellesamlinger, drama og laget filmer. Hun har blitt kritikerrost i media og innstilt til flere litteraturpriser i Norge og Sverige. Hennes roman *En dåre fri* (2010) er en primærkilde, og romanen er objekt for dokumentanalysen. Romanen er fiksjon, den er ikke forskningsbasert kunnskap. Likevel kan romanen



fungere godt som eksempelleverandør. Den kan gi beskrivende inspirasjon og perspektiver (Dalland 2007), hvilket har vært hensikten med å benytte boka i oppgaven. Romanens mange selvbiografiske elementer har dessuten vært viktig for kildens relevans som pasientperspektivgiver.

Jeg har også benyttet meg av sekundærkilder i form av fagbøker og lærebøker. Dette er kilder som har til hensikt å gi en bred oversikt over fagfeltet, en akkumulativ fremstilling av for eksempel psykisk helsearbeid eller sykepleieteorier. Sekundærkilder er bøker der forfatteren med egne ord gjenforteller en annen forfatters teori, meninger eller tanker. Det har allerede skjedd en tolkning av den opprinnelige teksten (Dalland 2007). Martinsens teoribøker om omsorgsetikk og omsorgsfilosofi, henholdsvis *Løgstrup og sykepleien* (2012), artikkelen "Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring" fra *Samtalen, skjønnnet og Evidensen* (2005), *Fenomenologi og omsorg* (1996) og *Omsorg, sykepleie og medisin* (1989) har hatt spesiell betydning for arbeidet med oppgaven. *Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis* av den psykiatriske sykepleieren Unni Lindstrøm med doktorgrad i helsefag, har også vært en viktig teoretisk kilde, sammen med professor og doktor i sykepleievitenskap, Solfrid Vatnes bok om relasjoners betydning i miljøterapi, *Korrigere og anerkjenne* (2006). Ettersom det drives mye miljøterapi ved psykiatriske avdelinger, og siden psykiatriske sykepleiere i stor grad står for dette arbeidet, ser jeg at disse to fagbøkene er svært relevante for andre del av min problemstilling. Artikkelsamlinger og monografier er også kilder jeg har benyttet i oppgaven.

I mitt kildevalg var fremgangsmetoden å ta utgangspunkt i temaet avmakt og psykisk helsevern, samt å orientere meg i sykepleiefaglig pensum. Med en sykepleieteoretisk forankring i Martinsen, forhørte jeg meg med psykiatriske sykepleiere ved psykiatrisk avdeling om tips til relevante og pålitelige kilder som tar for seg temaene makt og avmakt, autonomi, etikk, sykepleier-pasient-relasjonen, pasientperspektiv, psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleie. Det var også i denne sammenheng at jeg ble anbefalt å lese *En dåre fri* for å frembringe pasientperspektivet i oppgaven.

Etter å ha fått råd og vink, benyttet jeg meg av kildesamlingen ved avdelingen, samt søk i BIBSYS på de nevnte temaene. Da jeg søkte opp etikk, makt og avmakt, kom jeg over

artikkelsamlingen *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse* (Mesel og Leer-Salvesen (red.) 2013). I denne artikkelsamlingen, har Jan-Olav Henriksen, med doktorgrad i teologi og filosofi, skrevet en artikkel om makt, avmakt og kreativitet. Her har Henriksen brukt nettopp *En dåre fri* for å få frem sine poeng. Dette bidro til at jeg falt på avgjørelsen om å bruke romanen som analyseobjekt i min oppgave.

Mitt kildeutvalg består av bøker og artikler av forfattere med lang utdanning og klinisk erfaring. Samtlige av kildene mine har en presentasjon av forfatteren(e) slik at deres autoritet innen temaet kommer tydelig frem. Mange av kildene er bøker som brukes jevnlig ved psykiatrisk avdeling, og de er i hovedsak av ny dato, med ett unntak i Paul Brudals monografi om psykoser og psykoseterapi fra 1989. Jeg anser derfor kildene mine for å være autentiske, relevante og pålitelige.

## 4.0 Funn i dokumentanalysen

I min presentasjon av funnene fra *En dåre fri*, velger jeg å presentere dem under de tre forskningsspørsmålene jeg startet ut med da jeg leste boka. Flere av funnene mine har noe glidende overganger i tematikk, slik at de kan passe inn under flere av spørsmålene, men jeg har ansett dem å passe best inn der hvor de nedenfor blir presentert.

### 4.1 Når oppstår avmaktopplevelsen hos Eli, og hvordan ytrer den seg?

"Jeg stuper kråke fra sengen og ned på gulvet flere ganger. Men så, kræsj. Jeg lander på et av bildene som pappa har malt. Glasset knuses, og det blir revner i maleriet. Hva vil pappa si? (...)

Jeg er for stor til å bindes fast i sengen som da jeg var liten. Jeg er for stor. Hvordan skal jeg straffes? Hvordan skal jeg stupe kråke baklengs så det ikke har hendt? *Skjær deg*, sier Espen. *Blod, mot*. Jeg tar opp et glasskår og skjærer meg i armen." (Grimsrud 2010: 51)

Som liten jente skjærer Eli seg i armen for å få mot til møte sin fars reaksjoner, kan man lese mellom linjene i dette utdraget. Det blir tydelig for leseren at foreldrenes relasjoner til Eli og hennes søsken er problematiske, og Eli fremstår som spesielt sårbar for foreldrenes tilkortkommenhet. Broren hennes "har for lenge siden tatt et skritt vekk fra mamma og pappa. Jeg henger der fortsatt, tett inntil dem, fordi jeg ikke vet hvor jeg ellers skal være" (ibid: 25).

Elis usikkerhet i relasjonen til faren skaper konflikter i henne. Hun vet ikke hvor hun har ham, men kjenner seg samtidig igjen i ham. Hun beskriver at de begge to farer opp for ting og "går i stykker". Det kan tolkes slik at hun har et utrygt forhold til seg selv også. At hun speiler seg i en ustabil far, og opplever selv splittelser innvendig i form av stemmer. Avmaktopplevelsen hos Eli ytrer seg altså som selvskading, men opprinner fra indre uro og usikkerhet, og følelsen av "å gå i stykker".

Det er et gjennomgående trekk i boka at Eli får lyst til å selvskade når hun får det vanskelig eller opplever seg utrygg. Selvskadingen blir en mestringsstrategi, om enn en dårlig sådan, når hun opplever at livet blir krevende. Det er stemmene i hodet hennes

som gir henne befalingene, som tar kontrollen over Eli selv om hun kjemper for å beholde den. Gjenstander og andre mennesker blir også innimellom rammet av Elis utagering når hun er psykotisk.

Da den tvangsinnlagte Eli er på svømming med noen andre pasienter og pleiere, rømmer hun, uten mål eller mening. Hun vandrer forvirret rundt i byen hele dagen, og tar på kvelden en drosje tilbake til avdelingen fordi hun ikke aner hvor hun skal gjøre av seg eller hva hun driver med. Hun blir møtt av en pleier som låser henne inn.

*"Du rømte, sier han. Hvorfor det? Jeg vet ikke. Jeg ville ut. Da blir det ingen flere permisjoner på deg på en stund.*

Det sitter to pleiere der og spiller sjakk. Jeg vil at de skal snakke med meg. Jeg prøver å si noe, få kontakt. Men de ser bare ned i sjakkbrettet. Jeg er bare luft. (...)

Da sparker jeg til hele sjakkbrettet så brikkene flyr. For å se om noen lever. Jeg tar en stol og prøver å knuse glassdøren ut til korridoren (...)

Alarmen går. Plutselig er det en hel masse pleiere som legger meg i gulvet. Jeg slår og fekter. De er for mange. Buksene dras ned. Jeg får flere sprøyter mens jeg ligger på gulvet. Jeg løftes opp. Legges i beltesengen. Spennes fast på hender og føtter og rundt magen med tjukke lærreimer." (ibid: 171-172)

Eli kommer frivillig og forvirret tilbake til avdelingen, men opplever å bli møtt med en straffereaksjon. Rømningen hennes blir ikke utforsket med tanke på motivasjonen hennes eller møtt med forståelse, men hun blir usynliggjort (Vatne 2006). Hennes utagering mot gjenstandene i rommet blir hennes måte å uttrykke sin avmakt på. Deretter blir hennes avmakt møtt med makt, der pleierne tar kontroll over en situasjon der hun selv har mistet den. Med Elis beskrivelse av denne situasjonen kan leseren få indre bilder av krenkelse, avmektighet og manglende forståelse hos de som skal hjelpe henne.

Eli er 21 år da hun blir tvangsinnlagt for første gang.

*"Legen spør om det har hendt noe. Jeg vet ikke. Fortell. Tankene hopper seg opp. Vet ikke hva som er viktig. Den som er Eli, er liksom ikke her. Jeg har havnet utenfor meg selv. (...) Hele tiden er det pleiere inne på rommet. Gjennomsiktige. Jeg alene er levende. Jeg er i hemmelige, uvirkelige rom som i en drøm. Er de andre virkelige?" (Grimsrud 2010: 159, 162)*

I denne psykotiske tilstanden oppstår en utenfra sett helt udramatisk, men for Eli vanskelig situasjon som gjør henne lei seg. "Jeg får kefir til frokost. Jeg er vant til brødsriver. Ser at noen pasienter har fått egg." (ibid: 163) Så, etter en uke med kefir, spør Eli om hvorfor ikke hun kan få brød og egg i stedet for kefir.

*"Du fylte selv ut ønske om kefir da du ble innlagt, svares det. Jeg blir lei meg og usikker. Kjennte jeg ikke til mine egne matvaner da jeg ble innlagt? Hvordan kan jeg ha krysset av for noe jeg ikke liker? Jeg har ikke vært sammen med meg selv på ordentlig. Jeg vet ikke hvem jeg er og kan ikke stole på meg selv."* (ibid.)

Utenfra kan det kanskje oppfattes ulogisk at et menneske blir lei seg over kefir, brød og egg. Men hva gjør det egentlig med et menneskes selvopplevelse, når man ikke klarer å stole på seg selv? At Eli blir lei seg av å ikke kjenne igjen sine egne valg, kan tolkes slik at hun opplever å ikke ha kontroll over seg selv, å ikke forstå seg selv, og å frykte sine egne potensielle valg. At hun føler avmektighet i en slik livssituasjon er ikke overraskende, og at følelsesutbrudd over tilsynelatende banale ting oppstår, blir mer begripelig. Kanskje kunne denne avmaktopplevelsen vært unngått om ikke Eli hadde blitt bedt om å fylle ut ønskeskjema ved innleggelse i psykotisk tilstand.

#### **4.2. Hva er forholdet mellom Elis indre avmakt og ytre påført makt i form av tvang?**

Elis avmakt har som vist mange årsaker og ytringsformer. Den stammer fra indre usikkerhet og utrygghet, opplevelse av manglende kontroll og manglende forståelse fra omverdenen (Vatne 2006, Henriksen 2013).

Hun møter ytre påført makt i kraft av å være under tvungent psykisk helsevern. Denne ytre makten er påført henne fordi hun selv erfarer å miste grepet om seg selv og sitt liv, og fordi hun av spesialisthelsetjenesten vurderes som å være til fare for seg selv eller andre (Syse 2007). Paradoksalt nok blir hun tidvis ytterligere avmektiggjort av den ytre kontrollen. Eli beskriver selv et mareritt der hun er fastbundet i senga, som hun maner frem gang på gang;

"Jeg prøver, men jeg kan ikke bevege meg. Jeg prøver å prate, men kan bare stamme. Jeg vil si at det er en misforståelse. At jeg er frisk. At jeg ikke skal skade meg selv eller andre. (...) De som har bundet meg fast, er pleierne på en psykiatrisk klinikk. Mennesker jeg stolte på og betrodde meg til." (Grimsrud 2010: 101).

Til forskjell fra dette marerittet som hun trekker inspirasjon til fra sine faktiske innleggelseserfaringer, opplever hun også at ytre kontroll kan utøves på en måte som trygger henne, som avlaster hennes egen avmakt i stedet for å nøre opp under den. I maktesløshet overfor legenes bestemmelser om videre tvangsbehandling, begynner Eli å løpe i korridoren og slå i et bord. Sykepleieren Ingemar som hun liker så godt, kommer henne til unnsetning. "Jeg slår i stykker et bord. Slår til alle beina er knekt. *Du kunne trengt en midlertidig jobb i et rivningsfirma*, sier Ingemar og holder meg fast." (ibid: 370) Situasjonen kunne her ha utviklet seg, men den avvæpnende og ivaretagende måten Eli blir møtt på av Ingemar, og det at han er en sykepleier hun har tillit til, hindrer utageringen hennes i å eskalere.

Eli leser etter hvert hennes psykiaters journalnotater. De representerer et utenfra-perspektiv av henne selv som ikke stemmer overens med eget selvilde eller oppfatning.

"Nå har jeg lest journalene mine igjen. Jeg blir lei meg når det står at jeg har grått. Jeg vet ikke hvorfor jeg gråt. (...) det pleier å stå at jeg ler umotivert, men det er en måte å kommunisere med stemmene på. Et tegn på at jeg føler meg trengt opp i et hjørne og er utrygg. At avdelingen er en kulisser. *Gå, stå, sitt, vent, spis*. (...)

Verst er det å treffe leger man ikke kjenner. Jeg har inntrykk av at de opplever meg som mer gal enn jeg er." (ibid: 365)

Hun føler på det å bli misforstått, tolket og vurdert, uten å selv være enig i de vurderingene som blir tatt om henne. Psykiaterne og pleierne sitter med definisjonsmakten (Slettebø 2013, Syse 2007), der det de skriver i journalen er alt som blir stående igjen i tiden om Elis væremåte, hennes personlige opplevelser som gir mening for henne. Selv mener hun at "den eneste forskjellen mellom meg og en som er gal, er at jeg ikke er gal" (ibid: 405).

Men Eli har utallige utageringer mens hun er innlagt. Oftest er det situasjoner der stemmene forteller henne at hun må knuse glass, at hun må skjære seg, eller at hodet

hennes deler seg. Flere ganger får hun til å skade seg, og pleierne ved avdelingen må iverksette tvangstiltak som beltelegging for å beskytte henne mot sine voldshandlinger. Ved en av belteleggingene tenker Eli: "Kanskje er det bedre å være bundet enn å gå i stykker? Kanskje holder reimene saker og ting på plass. Jeg ville slått i stykker alt til det ikke var noe igjen å ødelegge." (ibid: 269)

I Elis formidling av sine frustrasjoner rundt det å være i, eller trusselen om å være i, tvangsbehandling, trekker hun paralleller til sin selvopplevelse og til opplevelsen av å være syk. Hun bruker flere ganger metaforen om å løpe for å beskrive den langvarige prosessen det er å jobbe mot sine mål, enten det gjelder å overvinne lidelsen sin eller å prestere som forfatter.

"Jeg forsøker å prate med Manne (psykiateren) om at jeg er overmedisinert. Han vil ikke gå med på mine krav om lavere dose. Det ligger hele tiden en trussel om tvang bak våre samtaler. Jeg er fri, men bare hvis jeg gjør som de sier. (...) Jeg vet ikke hvordan jeg skal få tilbake gnisten. Kroppen min, tankene mine, nærværet og selvstendigheten min. Jeg løper på de svingete stiene i skogen. Jeg løper langsomt i Sverige. Vilje, vilje, vilje." (ibid: 338)

I dette utdraget viser Eli at hun vet at eneste veien ut av tvangsbehandling er hennes egen viljestyrke. Viljestyrke til å bli frisk, til å jobbe hardt for å gjenvinne kroppen sin, tankene sine, nærværet og selvstendigheten.

#### 4.3 Hvilke beskyttelsesfaktorer har Eli overfor sin egen avmakt?

Egen viljestyrke er en viktig ressurs for Eli i kampen mot lidelsen, men alene vakler den, og hun tviler på sin styrke. Forholdet til terapeuten Jonatan er gjennom hele boka av stor betydning for prosessen hennes, og det sammen gjelder kontaktpersonene hun inngår langvarige, stabile tillitsforhold med ved den psykiatriske avdelingen. Elis stemme uttrykker det ikke så eksplisitt, men fortellingen *viser* det gjennom den alliansen Eli går inn i, nesten på vennskapelig basis, med disse menneskene. Den terapeutiske og profesjonelle rollen deres innebærer personlige elementer og et tydelig engasjement i Eli, samtidig som de også stiller krav, slik det i en nær relasjon er naturlig å gjøre (Martinsen 2012, Bøe og Thomassen 2007). I en terapitime, blir Eli forstyrret av stemmene sine;

”Jonatan: Hva sier de?

Eli: At jeg går i stykker.

Jonatan: Du går ikke i stykker. Du har aldri gått i stykker.

Eli: Jo da, mange ganger. Når jeg forsvinner bort fra meg selv, føles det som om jeg går i stykker. Det er det jeg er redd for.

Jonatan: Men du er sterkere nå. Sterkere enn stemmene. Du sa det jo så fint forrige gang, at du hadde lest journalene dine, og så et mønster. Stemmene maser om det samme som for tjue år siden. De har ikke fulgt med. Du har utviklet deg, men ikke de. Hvem bestemmer? Det er du som bestemmer. Si det høyt.

Eli: Det er jeg som bestemmer.” (Grimsrud 2010: 289)

Terapeutens støtte og evne til å åpne Eli opp for andre tenkemåter enn de hun er sporet inn på, trygger henne. Terapien og de gode relasjonene Eli bygger opp i psykisk helsevern er tydelige beskyttelsesfaktorer mot hennes avmakt.

Eli stikker av i psykotisk tilstand til en politistasjon for å få hjelp. Hun har vrangforestillinger og opplever at hun er Erik, en av guttestemmene hun har i hodet. Hun blir lettet over å treffe en politisjef hun synes er vennlig og god mot henne, men føres raskt tilbake til den psykiatriske avdelingen.

”Erik er lovlig ført tilbake til tvangsbehandling. (...) En pleier som er ganske ny, kaller meg for Erik. Hun irrettesettes av en annen, som sier at hun ikke skal ta del i min psykose. *Her på avdelingen sier vi Eli.* Men ikke alle gjør det.

En fra personalet kommer bort til meg dagen etter og sier at politisjefen har ringt. Han lurte på hvordan det var med både Eli og Erik.” (ibid: 347)

Det at politisjefen hilser til både Eli og Erik, kan innebære forskjellen mellom å føle seg tatt på alvor og å føle seg avvist. Eli er tydelig på at hun opplever at hun er Erik i denne situasjonen, og påpeker to ulike måter å bli møtt på. Den ene er at hun ikke blir møtt i sin psykose, mens den andre måten er at hun møtes akkurat der hun er.

Med avmakt forstått som opplevelse av tapt kontroll over seg selv og sitt liv, opplever Eli beskyttelse i det å tillate en som hun stoler på å ha makt over henne. Det kan gi henne en pause fra hennes kamp mot indre uro.

”Jeg har nesten sluttet å spise. Det vet Kristin. Hun er en som alltid vet alt på forhånd. Som legger alt til rette og tilfredsstiller ens behov før man tror man har



uttrykt dem. Det ligger en stille makt i dette. Jeg lar henne bestemme, slipper taket litt om min voksenhet sammen med henne. Hun er som et hjem. Et hus, en kjent seng. Det som har gått i stykker i meg, hviler i hennes nærvær.” (ibid: 246)

Kristin er en av Elis mange nære venner, av pårørende som ikke slutter å bry seg uansett hvor tøffe perioder hun går igjennom. Så er det også vennene hennes som får Eli fra tanker om å velge døden fremfor livet, den beskyttende tanken om å ikke såre de som betyr så mye for henne.

Ressurser mangler Eli ikke., og hennes kreative og fortellende side, er spesielt fremtredende. De gangene hun klarer å bryte ut av sin negative spiral med psykoser og innleggelser, er det skrivingen som er hennes drivkraft. Når hun skriver er hun Eli, den utviklete versjonen av seg selv, ikke guttestemmene som har blitt igjen 20 år tilbake. Skrivingen gir henne muligheten til å finne seg selv, et annet selv enn den psykisk lidende Eli.

Jeg har fått et skrivebord inn på rommet. Det er Eli som skriver. Jeg flyr inn i ordene. Ord skaper setninger. Setninger skaper mening. Teksten føder seg selv. Den drar i meg. Å være skrivende. En ordmaker, en betrakter, en løgnhals. (...) Fortell noe for meg, hvisker jeg til meg selv. Underhold, skrem, overrask meg. Lær meg noe. Skrivingen er som et hull i sykdommen. (ibid: 353)

## 5.0 Drøfting av funn og teori

Jeg vil i dette siste kapitlet drøfte noen viktige sammenhenger mellom det presenterte teoretiske perspektivet og funnene i dokumentanalysen.

### 5.1 Avmakt i psykisk helsevern

Når pasienter i psykisk helsevern blir pålagt behandling er det gjerne fordi de befinner seg i en tilstand eller situasjon som de der og da ikke makter å unnsnippe uten hjelp. Med andre ord er pasienten allerede i en avmaktopplevelse. Det er en sårbar posisjon, og måten den ytre makten utføres på får stor betydning for pasientens opplevelse. Bare det å være i behandling mot ens vilje, er å utsettes for maktbruk. Og ”med vår holdning til hverandre, gjennom blikk, stemme, hender, er vi med på å gi hverandres liv dets tone” (Martinsen 2005: 143). Derfor kan, som Eli viser, det å møtes med bekreftelse ved å bli sett i øynene når man ankommer avdelingen, eller å bli spurt om matvaner når man er i kognitiv stand til å redegjøre for det, gjøre hele forskjellen på å føle seg avmektiggjort eller ikke. Overfor den skjøre og utsatte pasienten, er det den sykepleieren som er seg den etiske fordring bevisst (Martinsen 2012), som posisjonerer seg som en alliert og trygg tillitsperson.

Å være i en ustabil fase av en alvorlig psykisk lidelse der psykosen råder, er en tilstand som krever rask handling fra helsevesenet. Pasienten er ofte så dårlig at sykdomstilstanden allerede har fratatt pasienten muligheten til et eget fritt valg (Sæther 2013). Utageringer mot seg selv eller andre, slik Eli ofte ender opp i, kan føre til at selvbestemmelsesretten blir mindre viktig enn det moralske velgjørenhetsvalget om å hindre skade ved å bruke tvang. Det kan være en voldsom avmaktopplevelse og krenkelse for pasienten, men slik Eli selv sier det – kanskje er det bedre å bli bundet fast enn å gå i stykker. Martinsen poengterer denne vanskelige balansen mellom selvbestemmelse og hjelpeplikt. ”Et moralsk problem i den praktiske sykepleien er om og når en skal gripe inn i en pasients liv mot hans vilje. Dette problemet gis det ikke entydige svar på.” (1989: 71). Det psykiske helsevernets profesjonelle blir overlatt til å gjøre bruk av godt faglige skjønn innenfor systemets rammer og regelverk, og ikke minst skape refleksjonsrom og etisk tilstedeværelse (Martinsen 2012).

Det å stadig bli utsatt for andres vurderinger om seg selv, og at konsekvensen av disse vurderingene blir tvangsbehandling, er øyensynlig en påkjenning for pasienter som Eli. Kunnskapen og språket de profesjonelle innehar gir dem definisjonsmakt (Slettebø 2013), mens Eli sitter i samtalen uten å vite hvordan hun skal formulere seg, kanskje også uten å vite hvem hun er. Pasientens kunnskap om seg selv, sin lidelse og sine behov kan lett forsvinne i en slik sammenheng, til tross for at brukermedvirkning er et kjerneelement i psykisk helsearbeid (Bøe og Thomassen 2007), og et viktig ledd i bekjempelse av pasientens avmakt.

Elis erfaringer består ikke bare av avmakt, tvang og sykdom, men også av frigjøring og kreativitet. Kreativitet kan altså være et våpen mot avmaktopplevelse, ved at pasienten gjennom utfoldelse får bruke seg selv og oppdage nye sider ved seg selv (Henriksen 2013). Slik sykepleierens selvrefleksjon henger sammen med hennes muligheter for å utøve faget sitt på en kreativ måte (Lindstrøm 2003), er kreativiteten en ressurs de to har felles, som pasienten også kan nyttiggjøre seg av.

## **5.2 Sykepleier og pasient - på vei mot mestring, bort fra avmakt**

Bak et menneskes lidelse finnes det alltid en historie, en rekke sammenhenger som kan forklare den. I psykiatrien er det ofte en historie med vonde opplevelser, tillitsbrudd, krenkelse og utrygghet. De gode relasjonene Eli får i psykisk helsevern, som beskytter henne mot avmaktopplevelser, er med de sykepleierne som over tid blir kjent med henne, som tar henne på alvor og møter henne som et medmenneske. Relasjonene blir et "sted" hvor hun kan gjøre nye erfaringer, oppleve ny tillit og nærhet som ikke skader henne. Bøe og Thomassen peker på at begge parter i relasjonen må kunne tillate seg å være personlig, uten at systemet eller profesjonaliteten kommer i veien for relasjonen (2009). Når det menneskelige og autentiske får plass samtidig med den profesjonelles fagkunnskap, kan den gode relasjonen bli virkningsfull. Den gode relasjonen er et mål i seg selv, den er en arena for tilblivelse, og denne "medtilværelsen" gir vår dagligverden mening (Martinsen 1989).

Det finnes en hårfin balanse mellom å skape tillit eller mistillit. Men det å utøve sin makt i en asymmetrisk relasjon på en forsvarlig måte, skaper rom for at relasjonen kan baseres på tillit. Med forsvarlighet menes også at makten ikke utøves for maktens skyld, men har et spesifikt mål som kan begrunnes for pasienten (Slettebø 2013).

Terapeutisk arbeid kan gjøre mennesket i stand til å bedre kunne reflektere over seg selv og sine handlinger (Lindhardt 2013). For Eli innebærer det å lære seg å omgås seg selv, godta at stemmene er en del av henne, og øve seg på å forholde seg til dem.

Bedringsprosessen går ut på å gjøre aktive forsøk på å mestre hverdagen i stedet for å bli passivisert av sin lidelse (Vatne 2006). Det er ofte de helt små skritt på veien som utgjør forskjellen, som setter prosessen i gang, og den er ikke uavhengig av hvordan sykepleieren, venner og familie møter Eli. Sykepleieren må være innstilt på samarbeid med Eli, slik man i boka ser at terapeuten Jonatan og sykepleieren Ingemar er.

Terapeuten hennes gir Eli rom for å lære noe om seg selv av sine psykoseopplevelser og av sine stemmer, og han bygger opp håp hos henne ved å være standhaftig sammen med henne (ibid). Dette er en terapeutisk arbeidsform som myndiggjør Eli, og som løfter henne ut av avmakt, selv om tålmodighet er en forutsetning.

Sykepleieren Ingemar våger å være personlig når han avvæpner utageringssituasjonen med Eli ved å bruke humor. Andre steder i boka kan man også se at han og andre pleiere bygger opp hennes selvfølelse ved å anerkjenne henne. Eli får ta del i relasjonene som subjekt (Vatne 2006). Avmaktopplevelser vil i sitt vesen ha sterk innvirkning på selvfølelsen, slik at det å bygge opp selvfølelsen kan bli sykepleierens viktige bistandsarbeid. Det å anerkjenne pasienten handler ikke om å nødvendigvis være enig med henne, men å høre henne ut og utfordre henne til å reflektere over seg selv og sine erfaringer (ibid). Det er oftest ikke den profesjonelles merkunnskap pasienten trekker frem ved å få god behandling, men menneskeligheten og likeverdigheten i møtet med den enkelte.

## 6.0 Konklusjon

Gjennom Elis stemme har jeg ved bruk av dokumentanalyse belyst avmaktopplevelsens elementer. Sammenhengen mellom makt og tvang og opplevd avmakt er diskutert.

Samtidig har det kommet frem at avmakten ofte har opphav i sykdom og lidelse, og at den i høy grad hviler i mangelen på kontroll over eget liv eller manglende mestring av sine livsbetingelser.

Min førforståelse av psykiatrispasienter som skjøre, sårbare og kjempende er blitt bekreftet, men mer nyansert. Pasienter i psykisk helsevern er særlig utsatt for avmaktopplevelser ettersom de ofte befinner seg i en maktesløs sinnstilstand. Dette gjør at de små ting i sykepleierens måte å møte pasienten på kan få stor betydning. Å møte et annet menneskes avmakt på en ivaretakende måte krever empatisk innlevelse, bevisste holdninger og evnen til å vekselvis være i seg selv og være tilstede for den andre.

For at pasienten skal bygge opp viljestyrken til gjenvinne hele seg selv, trenger hun støttende relasjoner hvor hun kan bli til på nytt, oppdage sine ressurser og tenke kreativt sammen med sykepleieren.

I møte med andre mennesker er respekt for den andre det viktigste prinsipp vi må følge, som sykepleiere, psykisk helsearbeidere og som medmennesker. Målet for behandling i psykisk helsevern må være å gi pasienten makten tilbake til seg selv. Makt over et annet individ skal være en midlertidig løsning, der formålet er at den andre så snart som mulig igjen skal bli herre i eget hus.

## Litteraturliste

### Bøker

Bøe, Tore Dag og Thomassen, Arne (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Foucault, Michel (1999). *Overvåkning og straff*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal.

Grimsrud, Beate (2010). *En dåre fri*. Oslo: Cappelen Damm.

Grønmo, Sigmund (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Oslo: Fagbokforlaget.

Henriksen, Jan-Olav (2013). "Makt, avmakt og kreativitet: Beate Grimsrud og Michel Foucault." I: Mesel, T. og Leer- Salvesen, P. (red). *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal akademisk.

Lindhardt, Anne (2013). "Tvang eller ikke tvang, det er spørsmålet." I: Mesel, T. og Leer-Salvesen, P (red.). *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal akademisk.

Lindstrøm, Unni (2003). *Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis*. Oslo Gyldendal akademisk.

Martinsen, Kari (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano-Aschehoug.

Martinsen, Kari (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano-Aschehoug.

Martinsen, Kari (1996). *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Tano-Aschehoug.

Martinsen, Kari (2005). "Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring." I: *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Martinsen Kart (2005b). "Livsfilosofi og evidens i helsevesenet." I: *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Martinsen, Kari (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS.

Slettebø, Åshild (2013). "Samhandling i helsetjenesten – makt og avmakt i møtet med helsevesenet." I: Mesel, T. og Leer Salvesen, P (red). *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal akademisk.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., og Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken, sinn - kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Syse, Aslak (2007). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sæther, Oddvar (2013). "Makt, avmakt og psykisk helse. Etiske perspektiver ved bruk av tvang." I: Mesel, T. og Leer-Salvesen, P (red). *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal akademisk.

Vatne, Solfrid (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonen betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

## Internett

Berg, Ole T. og Fageland Knudsen, Olav (2009). *Makt*. URL: <http://www.snl.no/makt> (lest 30. Februar 2014)

Sagdahl, Mathias (2005 -2007). *Autonomi*. URL: <http://www.snl.no/autonomi> (lest 24. februar 2014)